

《問診票》

平成 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平 年 月 日(才)

住所 〒 _____

電話番号①自宅 (_____) ②携帯電話 (_____)

体重 _____ kg (お子様の場合はご記入ください)

○いつ頃から具合が悪いですか？

[_____] 日前から ・ [_____] ヶ月前から ・ [_____] 年前から

○いちばん困っている症状はなんですか？

みみ 【右 左】	痛い かゆみ 耳だれ におう 聴こえが悪い 耳鳴り めまい 耳あか 耳を触る 中耳炎疑い 耳周囲のはれ 異物を入れた 補聴器の相談
はな	痛い 鼻水(透明・白色・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻すすり 鼻血 においがわからない 異物を入れた
のど	痛い 咳 痰 違和感 声のかすれ 息苦しい 魚の骨が刺さった 口が乾く 口内炎 味がわからない いびきをかく
その他	熱がある(_____ °C) 頭痛がする 体がだるい 関節が痛い 周囲で流行している感染がある 学校検診で耳鼻科を勧められた
上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。	

○耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 心臓病 糖尿病 前立腺 腎臓病 緑内障 喘息 胃潰瘍

てんかん(けいれん) アトピー性皮膚炎

その他 _____

○現在服用しているお薬はありますか？ ある(お薬手帳あり) ・ ない

お薬手帳が無い方は、お薬の名前をご記入ください。

○今までにお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？ ある ・ ない

薬剤名 _____ 症状 _____

○食べ物のアレルギーはありますか？ ある ・ ない ・ わからない

食品名 _____ 症状 _____

○妊娠中または授乳中ですか？

いいえ 妊娠 _____ 週 ・ 現在妊娠している可能性がある ・ 授乳中

○当院をなにで知りましたか？

看板 インターネット 家族・知人の紹介 他院からの紹介 チラシ その他

あさかわ耳鼻咽喉科クリニック